

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N°122

RAPPORTS CLINIQUES
DE
L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1921

PAR

LALLEMAND (André-Julien)

Né à St-Leu (Ile de la Réunion), le 26 avril 1893

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	VIRES, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
	DUCAMP, professeur.		
	RIMBAUD, agrégé.		
	MARGAROT, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1921

1872

OFFICE OF THE SECRETARY

DEPARTMENT OF THE INTERIOR

UNITED STATES OF AMERICA

REPORT

ON THE PROGRESS OF THE SURVEY OF THE

LANDS

IN THE TERRITORY OF ARIZONA

FOR THE YEAR 1872

BY J. W. GILLESPIE, SECRETARY

1873

WASHINGTON

PRINTED BY

THE

GOVERNMENT

RAPPORTS CLINIQUES
DE
L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE

RAPPORTS CLINIQUES
DE
L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1921

PAR

LALLEMAND (André-Julien)

Né à St-Leu (Ile de la Réunion), le 26 avril 1893

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	VIRES, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
	DUCAMP, professeur.		
	RIMBAUD, agrégé.		
	MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 3-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (II)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DE CAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. VIRES, *profes., président*.

DUCAMP, *professeur*.

MM. RIMBAUD, *agré.*

MARGAROT, *agré.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIMBAUD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Faible témoignage de reconnaissance
pour la bienveillance dont il a toujours
fait preuve à notre égard.*

A. LALLEMAND.

A M. LE DOCTEUR MAURICE OLIVIER

MÉDECIN DIRECTEUR DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE BLOIS

A votre école, mon cher Maître, nous avons appris à soigner l'âme autant que le corps ; et, non content de nous faire partager votre science, vous nous avez donné votre amitié sûre qui ne nous a jamais fait défaut aux moments incertains de notre vie. Pour vous exprimer notre reconnaissance, les paroles sont insuffisantes ; que ce travail soit pour vous la plus sûre garantie de notre affection presque filiale...!

A. LALLEMAND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Remerciements sincères pour
le grand honneur qu'il nous a
fait d'accepter la présidence de
notre thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

A. LALLEMAND.

RAPPORTS CLINIQUES

DE

L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE

INTRODUCTION

L'hystérie et l'épilepsie ont fourni, depuis un siècle surtout, aux discussions des cliniciens une matière inépuisable et perpétuellement renouvelée au fur et à mesure que se succédaient les théories et que s'élargissait le champ des connaissances étiologiques, anatomiques, pathogéniques et psychologiques.

Il n'est peut-être pas un chapitre de pathologie qui ait exercé davantage la sagacité des neurologistes et des psychiatres ; et cependant, malgré les investigations poussées dans toutes les voies, que d'obscurités demeurent encore, que de difficultés à résoudre dans le cadre de ces deux affections bien souvent confondues à l'origine et qui ont subi de multiples démembrements !

Nous ne prétendons pas aujourd'hui, en ce qui nous concerne, projeter des lumières nouvelles, mais nous voudrions essayer d'apporter, si possible, une modeste mise au point au problème toujours controversé des rapports cliniques de l'hystérie et de l'épilepsie.

Les observations faites par nous, pendant la guerre, au Centre neurologique de la XVI^e Région et dans un service civil d'épileptiques par la suite (Hospice Dessaignes, de Blois) ont retenu notre attention parce que bien souvent nous nous sommes trouvé en présence de difficultés de diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie.

Une question s'est alors posée à notre esprit :

L'hystéro-épilepsie à crises combinées de certains auteurs, forme intermédiaire entre l'hystérie et l'épilepsie, répond-elle à une réalité clinique ?

Ayant eu d'autre part la bonne fortune de réunir quelques-uns de ces cas où divers accidents hystériques et épileptiques se rencontraient chez un même malade, il nous a paru qu'il y avait quelque intérêt à faire un faisceau de ces particularités cliniques pour montrer que si l'hystérie et l'épilepsie ne se combinaient pas en une entité morbide spéciale, elles pouvaient du moins coexister chez un même sujet.

Le plan de notre travail est donc le suivant : dans un premier chapitre, nous passerons en revue les diverses conceptions qui ont été émises ; dans un deuxième chapitre, nous tâcherons de démontrer que l'hystéro-épilepsie, entité morbide, n'existe pas ; nous exposerons ensuite les différentes modalités suivant lesquelles l'hystérie et l'épilepsie peuvent s'associer, précisant en terminant certains éléments du diagnostic, et dans un troisième chapitre nous présenterons nos observations et les réflexions qu'elles suggèrent.

CHAPITRE PREMIER

Les anciens croyaient que l'hystérie et l'épilepsie appartenant à la même famille pathologique ne différaient en somme que par le degré des accidents et étaient susceptibles de se transformer l'une en l'autre.

Van Swieten dit :

« Interim tamen affinia admotum haec mala sunt et passio hysterica saepius observata fuit in epilepsiam mutari. »

Georget exprime la même opinion dans les termes suivants :

« L'épilepsie a une telle ressemblance avec la cérébropathie spasmodique ou prétendue hystérie que celle-là n'est qu'un degré plus avancé de celle-ci. Outre l'analogie qui existe entre leurs caractères, la transformation de l'une en l'autre ne laisse aucun doute sur la vérité de cette assertion. »

Cette conception de l'unicité des deux affections ne prévalut pas ; Pitres, rapportant le cas d'une dame à laquelle il a donné ses soins et dont les crises revêtaient tour à tour le masque de l'épilepsie et de la grande hystérie, ajoute que cette dame était tout simplement

une hystérique, mais qu'en présence de cas analogues nos devanciers étaient bien excusables d'avoir supposé que l'épilepsie pouvait dériver de l'hystérie par voie d'aggravation ou de transformation directe.

Si, au point de vue nosologique, le divorce était prononcé sans appel entre ces deux affections, il n'en restait pas moins vrai qu'en clinique leurs limites n'étaient pas tracées d'une façon aussi précise et leurs rapports réciproques non fixés définitivement. Du fait que l'hystérie et l'épilepsie présentent des conditions d'hérédité communes, il fut admis par certains qu'elles pouvaient s'associer chez le même sujet.

Déjà en 1836 Beau affirmait que l'hystérie pouvait coïncider avec l'épilepsie et peu après Esquirol écrivait : « Il est des hystériques qui sont en même temps des épileptiques... Avec un peu d'habitude, on reconnaît fort bien, lorsque les attaques sont séparées, à laquelle des deux maladies appartiennent les convulsions auxquelles les malades sont actuellement en proie. »

Bien d'autres auteurs parmi lesquels Moreau (de Tours) ont été de cet avis que les deux affections pouvaient s'associer et Landouzy, le premier, créa le terme « d'hystéro-épilepsie à crises distinctes » pour désigner cette association.

Il est d'autre part des crises convulsives qui présentent des caractères communs à l'hystérie et à l'épilepsie, les convulsions revêtant successivement dans un même accès les apparences de l'une et de l'autre affection à ce point qu'elles semblent se combiner et se mélanger intimement.

A ces manifestations convulsives Briquet avait réservé le nom d'hystérie à attaques mixtes : Tissot, Dubois (d'Amiens), Louyer-Villermay, celui d'hystérie épilep-

tiforme ; Landouzy, celui d'hystéro-épilepsie à crises combinées.

Mais la plupart de ces cliniciens n'hésitaient pas à penser qu'il s'agissait là d'une forme particulièrement grave de l'hystérie à laquelle l'épilepsie ne faisait que prêter son masque. Les travaux de Charcot et de ses élèves confirmèrent cette opinion. Paul Richer, développant les idées du maître de la Salpêtrière, montra que, dans cette forme d'hystéro-épilepsie, la convulsion à forme épileptique apparaît comme elle apparaît dans tant d'autres affections du système nerveux, à titre d'élément accessoire, sans rien changer à la nature de la maladie primitive.

Le terme d'hystéro-épilepsie, dès lors, servit surtout à désigner le grand drame hystérique, « l'hysteria major » dont Charcot a tracé le tableau :

1^o Période épileptoïde, comparable à une crise d'épilepsie avec ses trois phases, tonique, clonique et de résolution.

2^o Période des contorsions et des grands mouvements.

3^o Période des attitudes passionnelles.

4^o Période de déliré.

Cette conception de l'hystéro-épilepsie ne réunit pas tous les suffrages ; et beaucoup d'autres auteurs considéraient que, dans certains cas, les manifestations des deux névroses étaient tellement enchevêtrées qu'il y avait réellement fusion des deux affections ou une forme intermédiaire entre l'hystérie et l'épilepsie.

L'hystéro-épilepsie, pour ceux-là, avait son autonomie et était une entité morbide distincte ; telle fut l'opinion de Trousseau, de Chomel, de Gowers, de Paris, de Biswanger, de Nonne et de Neisser.

CHAPITRE II

L'hystéro-épilepsie à crises combinées existe-t-elle ?

Le rapide exposé que nous venons de faire montre combien les opinions sont contradictoires. Nous n'hésitons pas cependant à répondre par la négative en dépit de tous les partisans qu'elle conserve et malgré les affirmations que portait le docteur Battini dans sa thèse inaugurale.

La doctrine ancienne, dit Pitres, d'après laquelle l'hystérie se combinerait avec l'épilepsie pour former une espèce hybride méritant le nom d'hystéro-épilepsie, est abandonnée par la grande majorité des cliniciens. Le mot d'hystéro-épilepsie, détourné de sa signification primitive, ne sert plus à désigner aujourd'hui que les formes graves de l'hystérie convulsive, particulièrement celles dans lesquelles les mouvements désordonnés du tronc et des membres sont précédés par une période de convulsions toniques semblables à celles qui s'observent au début des accès épileptiques. En réalité, l'hystéro-épilepsie est une forme de l'hystérie ; elle n'emprunte à l'épilepsie que des apparences symptomatiques grossières ; elle n'est pas de nature épileptique.

Gilbert Ballet exprime la même opinion : « C'est un fait aujourd'hui bien connu, dit-il, que l'hystérie emprunte fréquemment le masque de l'épilepsie. L'expression d'hystéro-épilepsie dont on se sert alors pour la désigner indique très nettement la chose. On sait, d'autre part, grâce aux travaux de Briquet, grâce surtout à ceux de Charcot, que la ressemblance dans les phénomènes symptomatiques n'implique pas une identité de nature et qu'il y a, nosologiquement parlant, une différence radicale entre les symptômes épileptiformes de l'hystérie et les manifestations épileptiques proprement dites. »

M. Marchand, révisant tout récemment la question, conclut d'une façon catégorique que les crises sont ou hystériques ou épileptiques mais jamais une hybride des deux. L'hystéro-épilepsie à crises combinées, ajoute-t-il, est toujours de l'hystérie. Les crises cèdent au traitement de l'hystérie, tandis qu'elles ne sont pas influencées par le traitement de l'épilepsie.

C'est l'opinion à laquelle nous nous sommes rangé d'après nos constatations cliniques et vers laquelle nous avons été aiguillé par notre maître le docteur Maurice Olivier, directeur de l'Asile d'aliénés de Blois.

Certes, les cas ne sont pas rares où l'on reste en arrêt quand il s'agit de poser un diagnostic sur certaines crises convulsives, tant leurs caractères paraissent hétéroclites.

Il semblerait peut-être osé de notre part d'affirmer que seule l'hystérie cherche ainsi à dissimuler sa nationalité et que l'épilepsie se présente d'ordinaire moins hypocritement. Nous verrons du moins tout à l'heure, lorsque nous parlerons des éléments du diagnostic, si, grâce à une analyse clinique serrée, il n'est pas permis presque toujours de formuler un avis en toute connaissance de cause.

Quoi qu'il en soit, on ne peut s'appuyer sur quelques rares cas dans lesquels le diagnostic a été difficile à préciser pour admettre qu'il existe des crises convulsives mixtes, résultat d'une combinaison de crises hystériques et épileptiques.

*
* *

Si l'hystérie et l'épilepsie ne combinent pas leurs symptômes en une forme morbide spéciale, il n'en reste pas moins vrai qu'elles peuvent s'associer chez un même sujet. Rien n'empêche qu'un même malade soit à la fois hystérique et épileptique. Cette association n'est même pas extrêmement rare. On en trouve de nombreuses observations dans la littérature médicale et la guerre les a multipliées.

Mais, dans les cas de ce genre, les deux névroses conservent leur indépendance nosologique ; elles évoluent séparément, chacune avec son cortège propre de symptômes et de complications, chacune avec ses accidents spécifiques.

Cette doctrine fut, certes, un peu battue en brèche à l'époque de Charcot où l'hystérie régnait en maîtresse et où on ne pouvait rien concevoir que par elle.

Richer prétendait que les quatre périodes de la grande crise hystérique décrite par Charcot pouvaient ne pas se suivre dans un ordre immuable et qu'elles pouvaient s'intervertir ; la période épileptoïde, affirmait-il, était quelquefois séparée des autres par un laps de temps plus ou moins long et certaines périodes pouvaient même faire défaut.

Il se créa dès lors une tendance à considérer comme des attaques incomplètes de grande hystérie les crises

épileptiques qui survenaient chez un hystérique; et Féré ne manqua pas d'écrire : « On admet en général que, dans l'hystéro-épilepsie à crises séparées, il y a combinaison des deux névroses, hystérie et épilepsie, qui évoluent côte à côte sans s'influencer. Cette doctrine n'est pas faite pour surprendre ; nous savons combien sont fréquentes les combinaisons des névropathies, des névroses et des psychoses.

» Toutefois, si l'on ne tient compte que des faits, la dualité morbide dans l'hystéro-épilepsie à crises séparées n'est point du tout facile à démontrer. Il peut être laborieux de prouver que les attaques dites épileptiques pures de ces hystéro-épileptiques ne sont pas des attaques hystéro-épileptiques incomplètes dont l'existence est parfaitement établie et a été extrêmement remarquable dans certains cas de mal hystéro-épileptique sur lesquels nous aurons à revenir.

» Chez certaines de ces hystériques, les deux formes d'attaques disparaissent avec l'âge ; mais lorsque les attaques dites épileptiques persistent seules, elles n'entraînent en général aucune déchéance intellectuelle ; c'est du moins ce qui me paraît ressortir des faits que j'ai observés. »

Nous sommes frappé, en relisant ces lignes, du parti pris évident des médecins de l'époque à vouloir tout tout ramener à l'hystérie qui était alors fort à la mode ; et, sans que l'on puisse se faire taxer d'hérésie, ne pourrait-on au contraire voir dans certains cas de grande hystérie cités par Richer une association de l'hystérie et l'épilepsie à manifestations convulsives rapprochées ?

Nous soumettons à votre jugement l'observation suivante que nous empruntons à son traité de l'hystéro-épilepsie.

I. M. M., âgée de 17 ans, ne présente à aucun degré ce besoin morbide de sympathie et cette exagération de personnalité si caractéristique de la « fashionable hysteria » non plus que l'irritabilité querelleuse habituellement notée en pareil cas. La nuit, elle dort, mais se plaint de faire des rêves horribles et parle beaucoup en dormant. Elle accuse souvent une douleur dans l'abdomen. Elle présente d'une part des crises convulsives qui s'accompagnent de chute et de perte rapide de la conscience. On observe alors de légères convulsions cloniques du côté gauche de la face, du bras et de la jambe gauches, tandis que le côté droit était pris de raideur tétanique. La sensibilité générale et l'excitabilité réflexe sont abolies ; les pupilles dilatées ne réagissent pas à la lumière, pouls 120 ; la cyanose est nettement caractérisée et il y a un écoulement de salive écumeuse teintée de sang. Un léger trouble des idées et du vertige succède à ces attaques.

D'autre part, au contraire, I. M. M. présente de fortes attaques hystériques convulsives au cours desquelles la conscience n'est pas entièrement abolie et qui s'accompagnent de contorsions violentes et de contractures hystériques. Fréquemment il y a des cris qui manquent dans les premières et souvent ces crises hystériques succèdent aux crises « épileptoïdes » à intervalles assez rapprochés. L'intéressée présente en outre des accès de somnambulisme.

Point n'est besoin, croyons-nous, d'engager des discussions intempestives, et tout le monde reconnaîtra avec nous que si les crises de la deuxième catégorie que présente I. M. M. entrent bien par leur allure dans le cadre des crises hystériques, il n'en est plus de même de celles de la première catégorie, que l'auteur appelle « épileptoïdes ». Celles-là, en effet, présentent tous les attributs des crises épileptiques classiques. Elles ne laissent même pas place au doute pour qui voudrait songer à la simulation, car s'il est des symptômes que ne peut reproduire un hystérique qui simule une crise d'épilepsie, ce sont l'absence

du réflexe photo-moteur, la cyanose et la perte de l'excitabilité réflexe, comme les présente I. M. M.

Quoi qu'il en soit, personne ne pense à nier aujourd'hui que l'hystérie et l'épilepsie peuvent se rencontrer chez un même sujet. Il n'est pas obligatoire pour un épileptique d'être exclusivement épileptique ; il a plus que quiconque le droit d'être un dégénéré, un déséquilibré, un hystérique.

Cette association s'est même rencontrée pendant la guerre chez des blessés du crâne. M. Behague en apportait encore tout récemment l'affirmation :

« L'hystérie s'associe souvent, dit-il, aux crises épileptiques : c'est pourquoi il ne faut jamais se prononcer sur le vu d'une seule crise, mais toujours de plusieurs. Il n'est pas rare qu'un épileptique entre deux accès présente des crises hystériques typiques. Nous avons pu relater plusieurs observations d'une telle association tant chez des blessés du crâne que chez des commotionnés. »

On n'a peut-être trop considéré jusqu'à présent dans les associations hystériques et épileptiques que les manifestations convulsives ; et combien y a-t-il d'hystériques et d'épileptiques non traités comme tels parce qu'ils n'ont pas la crise caractéristique.

En réalité, la convulsion ne représente qu'une des nombreuses formes sous lesquelles peuvent se montrer les deux affections, et les accidents hystériques et épileptiques les plus divers peuvent s'associer entre eux.

Une question se pose, c'est de savoir quelle est la maladie qui débute et sur laquelle vient se greffer l'autre. C'est l'hystérie, dit Charcot, qui viendrait se greffer en quelque sorte sur l'épilepsie à son heure, c'est-

à-dire à l'époque de la puberté sous l'action de causes diverses et en particulier des émotions morales.

Mutterer prétend, lui aussi, que, la plupart du temps, c'est l'hystérie qui se greffe sur un organisme déjà affaibli par la comitialité. Tel n'est point toujours, à notre avis, le mode d'invasion, si l'on peut dire ; et nous rapportons au moins deux observations dans lesquelles les accidents hystériques ont précédé les accidents épileptiques. Nous nous garderons d'ailleurs d'approfondir davantage cette question singulièrement complexe et obscure de la prédisposition de l'une des deux affections par rapport à l'autre, si tant est que cette prédisposition existe.

S'il n'est plus douteux que certains sujets peuvent être à la fois hystériques et épileptiques, reste à savoir quelle dénomination appliquer à cette association morbide. Il nous paraît dangereux de perpétuer le mot « hystéro-épilepsie ». Ce terme n'a que trop prêté à confusion, comme le reconnaît M. Chaslin. Il a eu, en effet, une fortune trop facile et a subi les interprétations les plus diverses suivant chaque auteur et suivant chaque époque, tant et si bien qu'à l'heure actuelle — et nous l'avons vérifié surtout pendant la guerre — il ne représente plus qu'une maladie hypothétique.

C'est l'appellation commode dont on gratifie toute crise convulsive sur la nature de laquelle on n'est pas fixé, tout comme les mots « hystériforme » et « épileptiforme ».

Combien de billets d'hôpitaux n'avons-nous pas vus portant cette mention « hystéro-épilepsie », trahissant ainsi l'incertitude du médecin qui l'avait rédigé, alors qu'à l'observation il ne s'agissait que d'épilepsie ou d'hystérie pure.

Huchard proposait, pour éviter cette confusion, de n'appliquer la dénomination d'hystéro-épilepsie qu'aux cas seulement dans lesquels les deux névroses coexistent réellement chez le même sujet, réservant le nom d'épilepto-hystérie à ceux dans lesquels l'hystérie est seule en cause.

En réalité, c'est augmenter le vocabulaire déjà trop fourni avec les risques de confusion toujours possible.

Mieux vaut, croyons-nous, appeler hystérie simplement tout ce qui n'est qu'hystérie, peu importe qu'elle simule de près l'épilepsie; et rien de plus simple dans les cas où les deux névroses coexistent que de désigner chaque accident par sa nature. Par exemple : « crises hystériques et crises épileptiques », « hémiplegie hystérique et crises épileptiques », etc...

*
* *

Nous ne saurions terminer ce chapitre sans dire un mot du diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie qui, dans certains cas, peut offrir de sérieuses difficultés. Il est de toute nécessité, en tout cas, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui présente des accidents divers pouvant relever de l'une ou de l'autre des deux affections qui nous occupent, de le soumettre à une analyse clinique rigoureuse pour rapporter chaque trouble à sa véritable nature. On est toujours trop porté, le dit à fort juste titre Magnan, à rapporter à l'épilepsie tous les troubles que présente un épileptique. Du fait qu'un épileptique fait des fugues, ses fugues ne relèvent pas forcément de son épilepsie, elles peuvent être des fugues capricieuses de simple déséquilibre, des fugues obsédantes, des fugues délirantes ou des fugues hystériques.

Les difficultés de diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie se présenteront surtout quand on aura affaire à un accès atypique ou à des accidents psychiques.

Nous ne voulons pas retracer ici le tableau des caractères distinctifs de la crise d'hystérie et de la crise d'épilepsie, ce tableau se trouve dans tous les traités. Nous rappellerons seulement quelques éléments épileptoïdes qu'un hystérique peut introduire dans sa crise, ainsi que quelques éléments hystéroïdes qui se peuvent rencontrer chez un épileptique.

La perte de connaissance chez l'épileptique est la règle et elle est absolue ; chez l'hystérique elle est l'exception. Nombreux cependant sont les hystériques qui prétendent perdre connaissance pendant leurs attaques ; mais, si l'on assiste à celles-ci, on remarque qu'il n'en est pas ainsi. Au plus fort de la crise, quand le sujet ne paraît plus avoir conscience, la sensibilité, les réflexes conjonctivaux et tendineux sont conservés et on peut obtenir des réactions bien nettes, des mouvements de défense bien coordonnés à certaines excitations cutanées ou sensorielles.

On peut constater parfois dans l'hystérie la morsure de la langue, mais ici la langue est surtout mâchonnée à sa pointe ; la morsure a lieu pendant que le sujet grince des dents ; il est possible aussi que certains pithiatiques n'hésitent pas à se mordre la langue parce qu'ils savent par les interrogatoires qu'ils ont subis que c'est là un symptôme qui a une grande valeur diagnostique.

L'émission d'urine au cours de la crise hystérique peut également être volontaire pour le même motif. Elle peut aussi se produire sous l'influence des efforts faits par le malade pendant la période des contorsions.

Il est admis que les hystériques ne se font pas de mal

pendant leurs crises. Il est rare qu'ils se blessent en tombant au début de leurs accès, car ils ont généralement le temps de se coucher ou de s'étendre avant que les mouvements convulsifs ne surviennent; mais il est fréquent de voir des hystériques se blesser ou se contusionner au cours de la phase des grands mouvements.

Les symptômes hystéroïdes que l'on peut observer au cours des accidents épileptiques sont plus rares; tels sont au moment de l'aura la sensation de « boule rétro-sternale »; avant ou après la crise, l'accomplissement d'actes plus ou moins coordonnés (acte de marcher, de courir, etc.), un état hallucinatoire. Pendant la crise on a noté l'opisthotonos et, après le retour de la connaissance, la présence de secousses myocloniques.

Ces symptômes particuliers ne dominent jamais la scène morbide et s'effacent devant les caractères nettement épileptiques des crises; ils ne constituent qu'une anomalie de l'accès.

Le diagnostic entre l'épilepsie et l'hystérie est encore très difficile quand, après une crise comitiale, le sujet présente un état d'agitation au cours duquel il se roule sur le plancher en poussant des cris inarticulés, n'ayant aucune conscience ou qu'une conscience confuse de ce qui se passe autour de lui; cet état, qui est d'une durée variant d'une demi-heure à quelques heures, peut laisser croire que la crise est de nature hystérique. Le début de la crise présente généralement les caractères d'un accès comitial très court. Cet état post-épileptique n'est en réalité qu'un état d'excitation confusionnelle toujours suivi d'amnésie absolue.

Plus délicat est le diagnostic lorsque l'on a affaire aux équivalents psychiques — et les études récentes sur l'épilepsie mnésique compliquent singulièrement le problème.

Dans les cas d'épilepsie psychique, dit M. le professeur Rimbaud, la notion d'hérédité et les signes de dégénérescence qui peuvent aider quand il s'agit d'équivalents physiques sont d'un faible secours, car ils se rencontrent tout aussi bien chez l'hystérique, chez l'aliéné, chez l'alcoolique. C'est surtout sur le fonds mental du sujet que devra s'étayer le diagnostic. L'intelligence et le caractère des épileptiques présentent de constantes anomalies. L'immense majorité des comitiaux manquent de pondération et d'équilibre au triple point de vue intellectuel, moral ou affectif. La mobilité de leur caractère est connue ; ils passent tout à coup d'un sentiment au sentiment le plus opposé ; la sympathie se transforme en méfiance ; l'amour devient de la haine ; ils changent soudain d'idées. Toutes ces modifications se font avec brusquerie, avec explosion. Leur violence est suivie de phénomènes de dépression qui rappellent ceux qui succèdent aux paroxysmes. L'épileptique est souvent entêté, colère et emporté, il est sujet à des impulsions instinctives.

C'est encore l'examen du psychisme du sujet qui servira de base au diagnostic quand on soupçonnera des équivalents psychiques de l'hystérie. Comme l'épileptique, l'hystérique a un fonds mental qui lui est particulier ; et, sans vouloir noircir le tableau qu'on fait habituellement de l'état mental des hystériques, on ne peut passer sous silence leur tendance à la contradiction, à la controverse, à l'imitation ; leur suggestibilité, la mobilité excessive de leur caractère, leur propension à mentir, à tromper, à inventer ; leur habileté à simuler.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hystérie convulsive et épilepsie convulsive

Hélène D..., âgée de seize ans, entre à l'hospice Des-saignes le 20 novembre 1919, venant de l'hospice de Sedan où elle séjournait depuis le 9 juillet 1919.

Orpheline, elle habitait auparavant chez une de ses sœurs où elle s'occupait aux divers travaux de la maison.

Hélène est née à terme ; on ne note aucun incident durant la grossesse de la mère ; l'accouchement a été normal et elle a été nourrie au sein maternel.

Elle fut chétive dans l'enfance et sujette aux convulsions. Vers l'âge de huit ou neuf ans, elle reçoit un coup de pied de cheval au visage qui nécessite une petite intervention pour fracture des os du nez ? (Le nez est actuellement bien conformé et ne porte aucune cicatrice.)

En 1918, pendant l'épidémie, elle contracte la grippe, mais qui évolue sans complications. N'a jamais eu d'autres maladies.

A fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 14 ans d'une façon irrégulière à cause de la guerre (étant des régions envahies). N'a pas passé son certificat d'études, mais néanmoins sait très bien lire, écrire et compter, et avait le travail facile à l'école;

La malade ne peut donner aucun renseignement sur ses parents qui sont morts alors qu'elle était en bas âge. Sa mère aurait eu six enfants : deux garçons et quatre filles. Elle a perdu un frère en bas âge et une sœur de la grippe en 1918; les autres jouissent d'une parfaite santé.

Hélène D... est de constitution robuste pour son âge. Elle a un caractère plutôt doux, aime bien qu'on s'occupe d'elle sans toutefois faire d'excentricités pour attirer l'attention; elle sympathise volontiers avec les autres malades et n'aime pas la discussion. Elle a été réglée à quatorze ans et demi. Les règles ont été régulières pendant cinq mois et ont disparu ensuite.

L'examen des divers appareils ne révèle rien d'anormal. Au point de vue du système nerveux, la motilité, la sensibilité et la trophicité sont normales, tous les réflexes sont normaux, les pupilles sont dilatées mais réagissent bien.

Aucun stigmate de dégénérescence si ce n'est une ogivité palatine assez accusée. C'est en 1916 que notre malade commença à avoir des crises nerveuses qu'elle attribue à une grande frayeur qu'elle éprouva. Elle nous raconte, en effet, qu'un jour, elle fut surprise sur la route par des Allemands qui lui ont dit qu'ils la mettraient en prison s'ils la reprenaient à rôder; elle en eut très peur et c'est seulement un mois plus tard qu'eut lieu la

première crise. Il est difficile d'avoir des renseignements exacts sur les caractères de cette première crise ainsi que sur celles qui ont eu lieu avant son entrée dans notre établissement.

Depuis son hospitalisation à l'hospice Dessaignes, Hélène présente des crises dont les caractères permettent de les ranger sous deux chefs : les unes s'annoncent par des palpitations avec phobie de tomber dans un précipice suivies presque immédiatement de chute brutale, de pâleur fugace du visage et de cyanose consécutive, de légers mouvements cloniques des membres supérieurs fléchis, de révulsion des globes oculaires, de mydriase avec absence du réflexe photomoteur, de morsure de la langue et d'urination parfois. Ces crises durent une minute ou deux, s'accompagnent d'une perte de connaissance complète, sont suivies de sommeil avec amnésie au réveil et sensation de fatigue intense. Au début de son hospitalisation, elles se reproduisaient tous les quatre ou cinq jours en séries de trois ou quatre, débutant toujours pendant la nuit. Sous l'action du bromure, elles ne se reproduisent plus maintenant que tous les huit jours environ, toujours en séries à début nocturne.

La deuxième catégorie de crises que présente Hélène sont annoncées, nous dit-elle, par les mêmes phénomènes subjectifs que les précédentes (palpitations, phobie de tomber dans un précipice), mais elles s'accompagnent rarement de chute, car le plus souvent la malade a le temps de se coucher ; alors elle se livre à des contorsions, se roulant d'un côté et de l'autre, jetant quelquefois les bras en croix, lançant les jambes à droite et à gauche et ébauchant très souvent l'arc de cercle. Elle se réveille subitement de ses crises qui durent jusqu'à vingt-cinq minutes, mais le plus souvent maintenant elle est

réveillée au cours du paroxysme par les admonestations de la sœur du service, n'éprouve ensuite aucun malaise sauf les rares fois où, pendant une heure à peu près, elle présente du tremblement généralisé. Au cours de ces crises, le visage est un peu congestionné, mais jamais on ne constate de pâleur ni de cyanose, jamais non plus de morsure de la langue ni de miction involontaire ; toujours les pupilles réagissent à la lumière, et, quoique la malade dise ne se souvenir de rien, la perte de connaissance ne paraît jamais absolue.

Si la première catégorie de crises que nous avons décrites ne laissent pas de doute sur leur nature comitiale, on peut dire que les crises de la seconde catégorie sentent l'hystérie à « plein nez ».

D'ailleurs, à la suite des admonestations qui ont été adressées à la malade, elles se sont considérablement réduites de nombre petit à petit jusqu'à ne plus reparaitre depuis trois mois, alors qu'au début elles se reproduisaient trois ou quatre fois tous les jours.

Il nous a été impossible d'établir quelles étaient les premières en date, des crises d'hystérie ou d'épilepsie ; mais il est vraisemblable d'admettre que ce sont les premières qui ont ouvert la scène, à en juger par la cause qui aurait présidé à l'apparition des crises et par la période de méditation qui a suivi.

OBSERVATION II

Crises épileptiques et délire hallucinatoire d'origine hystérique

R... A..., âgée de trente-deux ans, est admise à la villa Lunier, à Blois, le 24 mai 1909, pour troubles mentaux.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants bien portants. Du côté des collatéraux, à noter seulement qu'un oncle fut atteint de tabes.

Antécédents personnels. — La malade est la deuxième de cinq enfants dont un est mort en bas âge. Ses trois autres frères et sœur jouissent d'une bonne santé. Elle fut élevée au sein par une nourrice mercenaire, présenta des convulsions vers l'âge de six mois et fut sujette à de l'énurésie jusqu'à un âge très avancé. Réglée vers l'âge treize ans. Rien de particulier à noter à ce moment-là. Vers l'âge de quatorze ans, la malade commence à présenter des absences et des vertiges de nature comitiale et des crises qui, au dire de la famille qui a consulté à ce moment des médecins qualifiés, étaient tantôt des crises hystériques, tantôt des crises épileptiques. Elle fut soumise au traitement bromuré. D'intelligence très ouverte, elle fit des études brillantes.

A la fin de l'année 1908, une crise mentale subite exige son internement; elle présente de l'excitation violente et un délire à forme mystique. Rétablie au bout de quelques semaines, elle rentre dans sa famille.

Le 24 mai 1909, une nouvelle crise exige son placement à la villa Lunier. Cette crise dure depuis deux jours et est caractérisée par de l'excitation verbo-motrice très grande, de l'incohérence des propos et par le refus des aliments.

A son arrivée, elle présente une attitude générale désordonnée; sa physionomie est instable, égarée, grimaçante. Son incapacité d'attention est absolue; elle ne semble même pas entendre les questions qu'on lui pose et reste confinée dans un mutisme coupé seulement par intervalles d'interjections qui révèlent la couleur mystique de ses préoccupations.

Le lendemain de son entrée, elle retrouve brusquement sa lucidité, et sa surprise est grande de se trouver dans un milieu inconnu.

Son séjour à la villa Lunier se poursuit avec des alternatives de calme et d'accès hallucinatoires qui revêtent le masque apparent de la confusion. Au cours de ces accès qui durent en général vingt-quatre ou quarante-huit heures, les hallucinations portent sur tous ses sens et revêtent un caractère mystique, politique et érotique. La malade gesticule, prend des attitudes extatiques, ne répond à aucune sollicitation extérieure, laisse seulement échapper de temps à autre des interjections et ne semble plus du tout conserver la moindre conscience du milieu où elle vit. Ces accès prennent fin brusquement et ne laissent après eux ni fatigue ni obnubilation.

Dans les périodes de calme, elle se souvient d'ailleurs parfaitement et dans le détail de ses accès et elle raconte qu'elle perçoit à ces moments dans son âme des injonctions impérieuses qui émanent de saint Michel, d'autres saints et saintes qui l'obligent à se livrer à certains actes, l'empêchent de communiquer avec le monde extérieur et font qu'elle devient impalpable, immatérielle.

Voici quelques extraits de son « Journal » qui renseigneront mieux que nous ne pourrions le faire sur les caractères de ses accès.

« Combien de sensations bizarres, nombreuses, curieuses, indéfinissables et bien d'un monde spirituel dans ces crises mentales. Je m'en souviens dans leurs détails ; je les retrouve en mes nerfs, en ma pensée, et ne puis par des mots parlés ou écrits les traduire. »

« Comment expliquer aussi cette communion psychique entre tous les malades en ces instants-là ; tous les yeux se devinent, se comprennent ; toutes les pensées

marchent à l'unisson. On entend en esprit des paroles qui les traduisent. Dieu veut-il nous donner un sens nouveau, ou bien nous en favorise-t-il seulement à l'heure de la souffrance ? Il semble absolument qu'on ne vive plus qu'avec les âmes dans un monde de l'au delà, incompréhensible au monde terrestre. C'est alors que les morticoles nous appellent les déséquilibrés ou les fous... »

« Entendu encore la voix des âmes du purgatoire de gens connus, longues conversations avec elles ; elles me parlent de leurs souffrances, me demandent d'en endurer pour leur délivrance et me donnent consolations et conseils... »

« Visions dans les plis de mes rideaux des sœurs de Caïn et d'Abel, de la crèche, de la grotte de Lourdes. Le démon me raconte qu'il existe en tout être un Caïn et un Abel. Je sens, en effet, les deux en moi-même. »

« Dans mes accès de délire se mêlent, à toutes mes idées religieuses, toutes sortes de questions politiques et d'avenir pour la France. J'ai la ferme et curieuse sensation en mon âme et en mon corps malade que Dieu veut de moi quelque chose, qu'il me fait souffrir en communion avec beaucoup d'autres pour m'éprouver mais aussi pour me guérir miraculeusement et pour ramener le lys de la France. »

« Au mois de novembre de l'an 1908, un soir dans ma chambre, après avoir fait ma prière, agenouillée au pied de mon lit, je me sentis tout à coup poussée par une force surnaturelle et périlleuse, obligée de descendre l'escalier, de retourner dans le salon où je venais de passer la soirée entre mon père et ma mère et de leur dire que je sentais Jeanne d'Arc en moi-même. Je ne suis pas Jeanne d'Arc, maman, mais je la sens incarnée

en moi. Ma mère, terrifiée de me voir dans un état pareil, me crut folle, me prit par le bras et remonta avec moi dans ma chambre où elle appela notre servante fidèle.

» Ce que je fis, ce que je dis alors, je ne pourrais le préciser exactement, mais je puis affirmer que j'éprouvais en tout mon être, corps et esprit, deux forces combattantes très grandes. Il me semblait que des anges et des démons luttaien^t en moi et que saint Michel voulait terrasser le démon de mon mal nerveux : l'hystéro-épilepsie qui me torture depuis dix-neuf ans.

» Après cette excitation mentale extraordinaire, j'éprouvai dans mon corps de curieuses sensations ; mon sang me brûlait, bouillait dans mes artères et dans mes veines ; il me semblait qu'il allait s'échapper dans le creux de mes mains et au-dessus de mes pieds. Je sentais en même temps une brûlure intense dans la partie la plus intime de ma chair et, tout à la fois, une jouissance spirituelle indéfinissable. Je sens que Dieu veut que je sois sainte et martyre, ai-je dit alors à mes parents. »

« Dans plusieurs délires du mois de février 1910, il me semblait que l'on exécutait sur mon corps la messe maçonnique, surtout lorsque je restais des heures attachée au fond d'une baignoire en fer... J'avais l'horrible souffrance d'être un agneau écartelé dans la baignoire. Je vois après des stigmates sur mon corps : palmes de martyre, marques dentelées sur mon corps. Sur le mur de la froide salle de bains : visions de monstres du fond de l'Océan, indescriptibles ; mais je vois aussi Jésus et Marie au fond de cet abîme inconnu qui s'élèvent à la surface des eaux. Je sens battre mon cœur dans le cœur et Jésus et de Marie et vois dans la glace de ma cham-

bre mon visage se transformer en celui de la sainte Face où ruisselle le sang. »

« Ai vu au mois de juin 1909 les inondations qui arriveront sur toute la France en janvier et février 1910. »

« Le 27 novembre 1910, le premier dimanche de l'Avent, je recommence à éprouver ces sensations étranges de l'année dernière : souffrances physiques et joies spirituelles indéfinissables. Dans le creux de mes mains, au-dessus de mes pieds, l'impression de ventouses ou parfois de morceaux de fer qui s'enfoncent. Ne puis m'empêcher nécessairement de penser aussitôt aux clous de mon Bien-Aimé.

» Elévation de mon âme en l'amour de Jésus et de Marie, grande joie. Il me semble que l'on hume le sang de mon corps par ces quatre points... »

Par ailleurs, R... A... présente des crises d'épilepsie qui reviennent à peu près six à huit fois par mois, souvent en séries, et nettement caractérisées : chute brusque avec cri initial, pâleur du visage, morsure de la langue, légers mouvements cloniques, écume labiale. Absence de réactions pupillaires. Miction involontaire. Stertor. Amnésie consécutive et abrutissement.

Les crises sont quelquefois suivies d'actes incohérents et désordonnés comme cela se voit parfois après les accès comitiaux.

Dans l'intervalle des crises, se manifestent mais rarement des vertiges et des absences de nature épileptique.

Ajoutons que la malade est morte par asphyxie au cours d'une crise nocturne — et mentionnons aussi que les crises épileptiques n'apparaissaient jamais au cours des accès délirants qui se renouvelaient deux fois par mois à peu près.

Ce cas entre bien dans le cadre de l'association de l'hystérie à l'épilepsie.

Pour ce qu'il s'agit des phénomènes comitiaux, aucune discussion n'est possible.

Quant aux accès de délire hallucinatoire, il pourrait paraître plus difficile de prime abord d'en déterminer la nature. Nous n'hésitons pas cependant à les rattacher à l'hystérie. Sans nous arrêter aux assertions de la famille qui peuvent être sujettes à caution et d'après lesquelles l'intéressée aurait eu à la puberté des crises d'hystérie concurremment avec des crises comitiales, l'examen du psychisme de R. A... montre qu'elle présente tous les attributs de ce qu'il est convenu d'appeler « l'état mental hystérique » : instabilité intellectuelle, versatilité d'humeur et de sentiments, tendances à la contradiction et à la controverse, sensibilité morale peu accusée, propension à la fabulation et à l'érotisme. C'est surtout de l'analyse même des faits que peuvent se tirer les meilleures preuves pour étayer notre opinion ; en effet, la richesse du délire et des hallucinations, leur cachet mystique, leur allure prophétique, les phénomènes d'incarnation, de dédoublement de la personnalité, les manifestations extatiques, la faculté de rappel au sortir de l'accès de tous les détails qui le composaient, le retour rapide à l'état psychique normal, la participation de tous les sens, l'absence d'état crépusculaire consécutif marquant du sceau de l'hystérie ce complexe symptomatique. Il ne pourrait être question en particulier d'un délire vésanique ou de la psychose hallucinatoire qu'on rencontre quelquefois chez les épiléptiques.

OBSERVATION III

Hémiplégie hystérique et crises épileptiques

R... A..., âgé de 30 ans, est admis à l'Asile d'aliénés de Blois, le 23 mars 1920, pour crise confusionnelle.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, alcoolique, mère en bonne santé apparente. Du côté des collatéraux, un oncle a été interné pour troubles mentaux. Deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Maladies habituelles de l'enfance. Enurésie tardive. Congestion pulmonaire vers l'âge de 17 ans.

Très apathique au moral comme au physique. Aboulie. Suggestibilité exagérée.

Réformé en 1916 pour monoplégie hystérique du membre supérieur gauche survenue à la suite d'un séton par balle ayant intéressé les muscles de la loge postérieure du bras, rentre dans ses foyers où il vit dans le désœuvrement, s'adonnant à l'alcoolisme.

Peu à peu la monoplégie se transforme en hémiplégie toujours de même nature et vers la fin de l'année 1919 apparaissent des crises comitiales.

A l'examen, le malade se présente dans l'attitude ordinaire de l'hémiplégique : avant-bras fléchi à angle droit sur le bras, main tombante, et doigts contracturés légèrement en flexion de la première phalange sur le métacarpe. Fauche du membre inférieur gauche en marchant.

Au membre inférieur, les mouvements passifs sont

normaux : les mouvements volontaires le sont aussi quoique s'exécutant avec un peu de maladresse et exigeant beaucoup d'efforts pour leur accomplissement.

Au membre supérieur, tous les mouvements passifs sont également normaux, mais dès qu'on ordonne au malade d'accomplir un mouvement, il fait des efforts extraordinaires, se congestionne, se contracture et n'aboutit finalement qu'à ébaucher le mouvement commandé.

La face est absolument respectée. On ne trouve aucun signe de Babinski négatif, pas de signe de Mendel, d'Oppenheim ni de Gordon.

Les réflexes tendineux sont un peu vifs mais guère plus que du côté sain. Une hémianesthésie qui intéresse non seulement les membres paralysés mais aussi le tronc et la face complète le tableau qui est en somme celui d'une hémiplegie hystérique.

Depuis l'admission du malade à l'Asile, il a présenté deux crises comitiales caractéristiques qu'il nous a été donné d'observer : chute brusque, pâleur fugace et cyanose du visage, tonisme et clonisme discret des membres, même de ceux qui sont paralysés, écume labiale, émission d'urine, absence du réflexe photo-moteur. Courte durée des crises avec amnésie et abrutissement au réveil.

Dans ce cas d'association d'hystérie à l'épilepsie, les accidents hystériques ont nettement précédé les accidents comitiaux.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Marchand, médecin-chef à Charenton)

Crises épileptiques et hystériques consécutives à un traumatisme

(Rapport sur le caporal Jean Ri...)

Le caporal Jean Ri... du 24^e régiment d'artillerie, âgé de vingt-cinq ans, employé à la répression des fraudes, a été victime le 31 janvier 1915 à Vitry-la-Ville de l'accident suivant : voulant arrêter un attelage de trois chevaux emballés, il a été jeté violemment à terre. Il a perdu connaissance. Le certificat du médecin aide-major Caz... est ainsi conçu : « A été fortement contusionné en arrêtant des chevaux emballés, violemment projeté contre le sol particulièrement dur à la suite de gelées, a été relevé sans connaissance ; présente surtout des signes de commotion sérieuse du cerveau : vomissements, céphalées intenses, obnubilation et un peu de raideur de la nuque. »

Jean Ri... fut évacué sur Châlons, puis sur Biarritz où il obtint un mois de convalescence (mai 1915), regagna ensuite son dépôt à Bordeaux. Pendant cette période, il a toujours souffert de maux de tête et d'étourdissements. Reparti le lendemain matin sur le front, il fut évacué de nouveau sur l'arrière fin juin 1915 sans savoir pourquoi, mais il croit qu'il a eu une violente crise nerveuse ; il n'en avait jamais eu jusqu'alors. Il passe dans divers hôpitaux et échoue finalement à l'hôpital de neurologie de Vichy où il arrive le 15 juillet 1915.

Il regagna trois semaines plus tard son dépôt et fut affecté au 24^e régiment d'artillerie à la Rochelle. De nouvelles crises survinrent et il fut proposé pour la réforme n° 1 avec gratification renouvelable de quatrième catégorie. Il est hospitalisé à nouveau le 29 juin 1916 au Centre neurologique de Bordeaux pour supplément d'instruction conformément à l'avis de la commission consultative médicale.

Le caporal Ri... se présente à nous avec les apparences d'un individu bien portant. Il nous fait le récit de l'accident dont il a été victime jusqu'au moment où il se précipite à la tête des chevaux emballés ; à partir de ce moment, il a perdu tout souvenir. Il se rappelle très vaguement son passage à Châlons et n'aurait repris ses sens que plusieurs jours après son arrivée à Biarritz. Ses souvenirs sont ensuite bien conservés. Il sait qu'il a des crises nerveuses qui surviennent trois ou quatre fois par mois. Au début, elles avaient lieu la nuit comme le jour. Les premières crises étaient précédées de malaises, de « nouûres au creux de l'estomac » ; maintenant, elles surviennent brusquement et il lui est arrivé plusieurs fois de tomber dans la rue et de se blesser à la face. Les seuls renseignements qu'il nous donne sur ses crises lui ont été fournis par les personnes de son entourage, car il ne garde aucun souvenir de ses accès. Il ne ferait pas de grands mouvements, plusieurs fois il aurait uriné sous lui et se serait mordu la langue au niveau de son bord droit, il aurait de la mousse aux lèvres ; après la crise il resterait comme abruti.

En dehors de ses crises, il aurait des moments d'absence qui ne dureraient que quelques secondes ; il se plaint en outre de maux de tête continus plus violents après les crises. Ri... est marié, n'a pas d'enfant, sa

femme n'a jamais fait de fausse couche. Il n'a jamais été malade avant son accident ; une enquête qui a été faite affirme qu'il n'avait jamais eu de crises nerveuses. Son père et sa mère sont vivants et bien portants ; il a une sœur qui est en bonne santé.

Examen. — La marche, l'équilibre, la force musculaire, les mouvements volontaires sont normaux ; léger tremblement des extrémités. Le réflexe patellaire est faible ; les réflexes achilléen et crémastérien sont normaux ; le réflexe abdominal est aboli ; le réflexe cutané plantaire est absent ; les réflexes pupillaires sont normaux ; inégalité pupillaire au profit de la droite.

La parole est explosive et scandée ; le malade éprouve souvent de la difficulté à prononcer certains mots : il se produit alors des contractions spasmodiques dans les muscles de la face et surtout dans les muscles frontaux.

Analgésie généralisée respectant la paume des mains et la plante des pieds. La sensibilité à la percussion est très diminuée ; il en est de même de la sensibilité testiculaire à la pression et de la sensibilité épigastrique à la percussion. Anosmie double et hypoacousie gauche.

Acuité visuelle normale ; champ visuel très légèrement rétréci concentriquement. Aucune lésion des milieux transparents ou des membranes profondes.

On ne relève aucun trouble des fonctions organiques.

Pendant son séjour à l'hôpital, R..., a eu deux crises nerveuses ; la première le 2 juillet 1916, la deuxième le 8 juillet 1916. Nous avons pu assister à chacune de ces deux crises qui ont présenté les caractères suivants :

La première crise a eu lieu à huit heures du matin ; le malade est tombé brusquement, les bras en croix et animés de tremblements. Le corps faisait un arc de cercle dont la corde était de trente centimètres environ. A des inter-

valles assez réguliers, toutes les cinq minutes environ, Ri... se cognait la tête en la projetant sur le plancher ; de la salivation mousseuse s'écoulait de la bouche, nous n'avons noté ni morsure de la langue, ni urination involontaire, ni contractions du visage ; les mâchoires étaient contractées ; à plusieurs reprises, les bras firent des mouvements désordonnés. La durée de la crise a été de vingt-cinq minutes et à aucun moment la coloration du visage n'a changé.

La deuxième crise a eu lieu à deux heures de l'après-midi. Pendant la demi-heure qui a précédé la crise, Ri... paraissait absent et n'a parlé à personne ; il est tombé brusquement sans connaissance, les membres supérieurs étaient en demi-flexion et présentaient des convulsions toniques, le facies était violacé, la respiration difficile, une salivation mousseuse abondante s'échappait de la bouche, sueur profuse sur tout le corps, morsure de la langue du côté droit. Hébétude après la crise et amnésie complète.

Les deux crises que nous venons de décrire et qui ont été si scrupuleusement observées par M. Marchand présentent des caractères bien différents.

La première est une crise d'hystérie nettement caractérisée, la deuxième au contraire affirme l'épilepsie.

Ce cas est intéressant en ce que le traumatisme semble avoir produit à la fois ou tout au moins révélé l'épilepsie et l'hystérie. Devant rester dans un cadre clinique, nous nous garderons d'entrer dans des considérations pathogéniques.

OBSERVATION V

Epilepsie convulsive et accès de sommeil hystérique

A... M..., âgée de 35 ans, célibataire, couturière, originaire de la Seine. Admise en traitement à l'Asile d'aliénés de Blois depuis plusieurs années.

Antécédents héréditaires mal connus, père et mère décédés, un frère et une sœur névropathes.

Antécédents personnels. — Maladies banales de l'enfance. Crises convulsives remontant à la puberté, de nature comitiale. Actuellement cinq à six crises par mois. Valeur favorable du traitement bromuré.

Aspect physique. — Petite taille, embonpoint, pas de stigmates physiques de dégénérescence marqués. Pas de signe somatique de lésion organique. Régulièrement réglée.

Psychisme. — Physionomie enjouée, caractère gai, exubérant ; minaudes et plaisantes volontiers. Est ravie qu'on s'occupe d'elle. Travaille assez régulièrement aux travaux de couture. Fait preuve d'une certaine susceptibilité sans aller jusqu'aux accès de violence ou de méchanceté ; quelques préoccupations érotiques ; instruction primaire suffisante.

Caractères des crises comitiales. — Surviennent sans ordre ni règle, parfois la nuit, le plus souvent le jour sans prodrome. Chute brusque avec cri initial fréquent, pâleur légère, tonisme rapide, clonisme, écume labiale, morsure de la langue rare, émission d'urine fréquente, perte de connaissance effective, léger stertor consécutif.

Durée des crises : cinq minutes environ. Reste affaissée quelques heures à l'issue de ses crises. Amnésie de la crise. En dehors de ces crises comitiales nettement définies, elle est sujette à des accès de sommeil spontané durant lesquels la conscience reste seulement obtuse. Ne se laisse réveiller par aucune excitation extérieure, tout en réagissant à ces excitations.

Ces accès de sommeil durent quelquefois jusqu'à cinq et six heures. A son réveil, l'état psychique est normal et la malade dit se souvenir vaguement qu'on lui a adressé la parole ou qu'on l'a piquée pendant qu'elle était endormie.

M... A... est aussi extrêmement accessible à l'hypnose provoquée ; elle tombe en sommeil par simple fixation du regard, sur un geste ou sur un ordre.

Le début des accès de sommeil est bien postérieur au début des crises épileptiques. Les retours rapides à la normalité psychique contrastent singulièrement avec la phase d'abrutissement prolongé qui succède aux crises comitiales ; il ne s'agit pas d'une forme de l'épilepsie larvée dans ces manifestations, mais bien de phénomènes pithiatiques évidents, quoique non situés au premier plan.

OBSERVATION VI

Hystérie convulsive et épilepsie convulsive

J... Renée-Geneviève, 18 ans, originaire du Loir-et-Cher, admise à l'hospice Dessaignes le 24 mars 1919.

Antécédents héréditaires. — Née hors mariage ; aucun

fait d'hérédité similaire ou mentale dans la famille. Pendant la grossesse de la mère, un jour où elle était absente de la maison, un individu s'y était introduit et dissimulé dans un coin avec une préoccupation de vengeance pour l'effrayer à son retour ; la mère fut tellement bouleversée de cette apparition inattendue, qu'elle attribue volontiers à cet incident la maladie de sa fille.

Fille unique, elle a été élevée en nourrice jusqu'à l'âge de 2 ans. On ne relève aucune maladie grave dans son enfance, pas même des convulsions. Elle avait commencé à fréquenter l'école où elle faisait d'ailleurs des progrès plutôt lents. Sur ces entrefaites, vers 11 ans, elle devint sujette à des absences qui se renouvelaient souvent ; elles duraient quelques secondes et ne se traduisaient ni par des chutes, ni par des convulsions, ni par des pertes de connaissance. Mais peu à peu apparurent des crises d'épilepsie caractérisées survenant à des intervalles éloignés. Avec le temps, leur fréquence s'est accrue au point qu'elles se produisent une ou deux fois par mois en moyenne, surtout nocturnes, et parfois en série.

En dehors de ces accès comitiaux, elle est en proie à des crises hystériques depuis deux ans et demi, vers le début de la puberté.

Etat actuel. — La crise comitiale est typique : chute brusque sans prodrome, pâleur du visage, tonisme, clonisme, émission de bave labiale, morsure fréquente de la langue, miction involontaire, perte de connaissance complète, abrutissement ultérieur et amnésie.

L'accès hystérique revêt chez elle les formes les plus variables : il dure au moins une demi-heure et parfois trois heures, il se répète à plusieurs reprises dans le cours d'un même mois ; elle pousse un ou plusieurs cris

initiaux, se laisse choir, puis tantôt elle est en proie à une trémulation généralisée, tantôt à des soubresauts rythmiques, tantôt à des mouvements de rotation sur elle-même, tantôt à une agitation motrice incoordonnée ; elle reconnaît que, dans ces états, sa conscience est obtuse mais non abolie ; la crise passée, elle revient rapidement à elle, se relève vite et se met alors à marcher, généralement courbée sur elle-même, prétextant qu'elle a une douleur dans le ventre qui lui impose cette attitude quasi camptocormique ; et, de fait, elle accuse, même en temps normal, dans la région ovarienne gauche, une sensation douloureuse qui s'exagère dans l'effort et dans la marche.

Psychisme. — Possédant une instruction primaire très succincte, cette malade n'est dotée que d'une intelligence très médiocre. Elle se montre vive, gaie, exubérante ; facilement impressionnable ; elle est sujette à des crises de larmes pour les motifs les plus futiles ; elle aime beaucoup qu'on s'intéresse à elle et ne néglige rien pour se faire remarquer ou pour attirer l'attention sur sa personne. Son activité est un peu décousue ; elle ne poursuit aucun travail ; enfin elle fait montre d'une grande confiance en elle.

Etat somatique. — Santé physique générale satisfaisante. Règles irrégulières. Légère surdité. Sommeil à peu près normal. Aucun signe objectif de lésion nerveuse.

OBSERVATION VII

Crises convulsives hystériques et crises convulsives épileptiques

C. G..., 26 ans, agriculteur, célibataire, 24^e régiment colonial, mobilisé le 1^{er} mai 1916, originaire de la Marti-

nique. Non parti aux armées. Hospitalisé dans un service de la 16^e Région et admis au Centre neurologique le 7 novembre 1916.

Antécédents héréditaires. — Renseignements imprécis ; tendances névropathiques familiales.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave de l'enfance ; mais sujet à de petites crises nerveuses depuis le jeune âge. A 18 ans, à la suite d'un tremblement de terre, la fréquence des crises s'est accrue. A la mobilisation, en venant en France, les crises ont été nombreuses pendant la traversée.

Etat à l'entrée :

Psychisme. — Légère obnubilation, périodes de confusion avec amnésie, aprosexie, légère dépression ; cauchemars paraissant déborder sur l'état de veille ; quelques absences. Physionomie triste, attitude réservée, susceptibilité, impulsivité.

Etat somatique. — Santé physique générale satisfaisante ; taille au-dessus de la moyenne ; corpulence vigoureuse. La réflexivité, la sensibilité, la motilité et la trophicité sont normales. Les fonctions des autres appareils sont indemnes ; l'examen des urines ne révèle rien d'anormal.

Marche de la maladie. — Le malade est sujet à deux catégories de malaises, tantôt à des crises, tantôt à des vertiges. Les crises sont de deux types : crises comitiales d'une part, crises psychonévrosiques d'autre part.

Les crises comitiales sont caractérisées par le début brusque, inattendu, la pâleur très nette du visage, la chute avec contusions fréquentes, miction involontaire, écume labiale, perte de connaissance réelle ; clonisme et tonisme, morsure intestinale et latérale de la langue. Fatigue et amnésie consécutives. Ces crises, toujours de

très courte durée (deux minutes au plus), se produisent trois ou quatre fois par mois, sans cause apparente ; en particulier, ce malade, qui vit dans une salle de convulsifs de tous genres, ne paraît pas subir l'influence du milieu pour le déclenchement de ses crises. Ces crises comitiales sont surtout nocturnes.

En dehors de ces accès comitiaux, le malade présente des crises psychonévrosiques caractérisées par des mouvements désordonnés, des phénomènes de rotation, d'opisthonos, des contorsions accompagnées de gémissements réitérés, avec perte de conscience superficielle. Ces manifestations parfois très violentes se prolongent facilement pendant deux heures ; le malade en sort un peu déprimé, préoccupé, inquiet, hypocondriaque, morose mais non véritablement abruti. Ces crises se répètent douze à quinze fois par mois et leur apparition semble être favorisée par les crises des voisins de salle.

Les vertiges que le sujet présente par intervalles portent selon les cas la marque de la psychonévrose ou de la comitialité ; mais, à vrai dire, ce sont les vertiges épileptiques qui sont les plus fréquents et revêtent leurs caractères classiques. Enfin, durant son séjour au Centre de neurologie, le soldat C... a eu quatre accès de somnambulisme. Il faut noter encore l'explosion à deux reprises de deux bouffées délirantes plus ou moins confusionnelles.

CONCLUSIONS

L'hystérie et l'épilepsie ne se combinent pas en une entité morbide spéciale désignée par certains auteurs sous le nom « d'hystéro-épilepsie à crises combinées ».

Il n'en reste pas moins vrai que l'hystérie et l'épilepsie peuvent se rencontrer chez un même sujet, rien n'empêchant qu'un même malade soit à la fois hystérique et épileptique. Mais il est dangereux d'attribuer à de pareilles associations la dénomination « d'hystéro-épilepsie », qui prête trop à confusion.

D'autre part, il n'est pas toujours juste, comme l'affirme Charcot et Muttterer, que ce soit l'hystérie qui se greffe sur l'épilepsie, et, dans certains cas qu'il nous a été donné d'observer, ce sont les accidents hystériques qui ont ouvert la scène.

Enfin, il faut être très circonspect quand on se trouve en présence d'un malade qui présente des accidents divers pouvant relever tout aussi bien de l'hystérie que de l'épilepsie, et ne pas être trop enclin, par exemple, à rapporter à l'épilepsie tous les troubles que présente un épileptique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRICOSSOF (M^{me} G.). — L'hystérie aux XVII^e et XVIII^e siècles (Paris, 1897. Steinhel, éditeur).
- AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses (Baillière, éditeur, 1882).
- BABINSKI. — Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections (Paris, Masson, édit., 1893).
- Automatisme ambulateur et somnambulisme hypnotique (Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, septembre 1899, p. 81).
- BALLET (G.). — Traité de pathologie mentale (Doin, édit., 1903).
- BALLET et CRESPIN. — Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle (Arch. de neurol., septembre 1884, t. VIII).
- BATTINI. — L'hystéro-épilepsie (Thèse Montpellier, 1919).
- BEAU. — Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie (Arch. de méd., 1836, t. II).
- BEHAGUE. — L'épilepsie traumatique (Paris, 1919).
- BERGÈS. — Le phénylmalonylurée dans le traitement de l'épilepsie (Thèse Paris, 1920).
- BERNHART. — Trouble mental hystérique chez une épileptique (Société psychol. de Berlin, 15 décembre 1906, *in* Allg. Zeitschr. f. Psych., 1907, t. LIX).
- BERNHEIM. — Conception nouvelle et étiologique de l'hystérie (Bull. médical, 8 nov. 1902).
- BILLOD. — Épilepsie hystériforme (Gaz. des hôp., 1843).

- BONJOUR B. — Le diagnostic différentiel des crises hystériques et des crises épileptiques (Revue médicale de la Suisse romande, 1896, n° 2).
- BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de médecine (Masson, édit., art. Hystérie).
- BOURNEVILLE. — Recherches cliniques sur l'hystérie et l'épilepsie (Arch. de neurol., 1883-1889).
- Note sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme (Progrès médical, 1880).
- Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (Progrès médical, 1892).
- BOURNEVILLE et BONNAIRE. — Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon. Guérison par l'hydrothérapie (Arch. de neurol., 1884).
- BOURNEVILLE et BOYER. — Hystérie de l'enfance (Arch. de neurol., 1899).
- BOURNEVILLE et SOLLIER. — Trois nouvelles observations d'hystéro-épilepsie chez les jeunes garçons (Arch. de neurol., 1890).
- BRACHET. — Traité de l'hystérie (Lyon, 1847).
- BRATZ et FALKENBERG. — Hystérie et épilepsie (Arch. psych., 1904, t. XXXVIII).
- BRIFFAUT. — Rapports de l'hystérie et de l'épilepsie (1851).
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie (Paris, 1859).
- BURR (Charles-W.). — Le diagnostic de l'hystérie (The New-York medical Journal, 28 avril 1900).
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux (t. I, XIII^e leçon).
- Leçons du mardi (t. I, XXII^e leçon ; t. II, XVIII^e leçon).
- Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau (Arch. de neurol., 1893).
- CHARPENTIER. — Dernières conceptions et définitions de l'hystérie (Arch. de neurol., 1903).
- CHOMEL. — Hystérie compliquée d'accidents épileptiformes (Gaz. des hôpitaux, 23 février 1843).
- CLAUDE et SCHYDER. — Définition et nature de l'hystérie (Congrès médical de neurol. et de psychiatrie, Genève, 1907).
- Compendium de médecine, 1833 (Article Hystérie).

- COURMONT. — Hystéro-épilepsie. Hémichorée rythmique croisée périodique. Pathogénie (Lyon médical, 1889, t. LVI).
- CLARK. — Un cas d'aphonie hystérique dans un grand mal épileptique (Journ. of nervous and mental disease, oct. 1900).
- CROOKSHAND. — Hystérie post-épileptique (The Journal of ment. sc., 1917).
- Dictionnaire de médecine en 30 volumes, 1837 (Art. Hystérie).
- Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (Art. Hystérie. Paris, 1833.)
- Dictionnaire (Nouveau) de méd. et de chirurg., 1874 (Art. Hystérie).
- DILLER. — Differential diagnosis between epilepsy and hysteria (Internat. Clin., 1910, t. IV).
- DROMART et LEVASSORT. — L'amnésie (Alcan, éditeur).
- DUTIL (A.). — Hystérie et neurasthénie associées (Gaz. médicale de Paris, 30 nov. et 7 déc. 1889).
- DUFOUR. — Considérations cliniques sur l'avenir des convulsifs infantiles (Arch. de neurol., 1899).
- DERIK. — Coexistence de plusieurs délires d'origine différente chez le même aliéné (Thèse de Paris, 1886).
- FÉRÉ. — Hysteria, epilepsy and the spasmodic neuroses (New-York, 1897).
- La famille névropathique (Alcan, édit.).
 - Les épilepsies et les épileptiques (Alcan, édit.).
 - Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie (Arch. de neurol., 1882).
- FERRAND. — Un cas d'hystéro-épilepsie traité par l'électricité. (Limousin médical, avril 1897).
- FOREL. — Qu'est-ce que l'hystérie? (Zeitschrift für Hypnotismus, t. V, fasc. 2, 3, 4).
- FÜRSTNER. — Sur la pathologie de certains accès convulsifs (XXVII^e Congrès de la Société psych. du sud-ouest de l'Allemagne, 10 nov. 1895).
- GILLÈS DE LA TOURETTE. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière (Plon, 1891).
- GOWERS. — De l'épilepsie (Masson, édit.).
- HAMMOND. — Traité des maladies du système nerveux.

- HERMAN et SCHEFFIELD. — Contribution à l'étude de l'hystérie de l'enfance telle qu'on l'observe aux Etats-Unis d'Amérique (New-York medical Journal, 17 sept. et 24 sept. 1898).
- HAVELOCK (Hellis). — L'hystérie dans ses rapports avec les émotions sexuelles (Arch. de neurol., 1899).
- HUCHARD. — Caractères, mœurs, état mental des hystériques (Arch. de neurol., 1882).
- HERMANN. — Uber spätauftretende hysterische auffälle bei epileptikern (Monatschr. f. Psych. u. Neurol., 1903, t. XIII).
- HUGH (T.-Patrick). — Le diagnostic de l'hystérie (New-York medic. Journal, 29 août 1896).
- INGLIS (Thomas). — Observation d'hystéro-épilepsie (Edinburgh medical Journal, déc. 1878).
- KAISER. — Die Stellung der Hysterie für Epilepsie (Monatschr. für Psych. und Neurol., 1902, t. XI).
- JOFFROY et DUPOUY. — Fugues et vagabondages (1909).
- JOURDAN (M.). — Epilepsie. Deux trépanations : persistance des accès (Arch. de neurol., 1899).
- LANDOUZY. — Traité complet de l'hystérie (Paris, 1848).
- LAUFENAUER (K.). — De l'hystéro-épilepsie chez les garçons (Central. f. Nervenheilk., 1888).
- LAURÈS et GASCARD. — Variations du taux de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien prélevé au moment et en dehors des crises convulsives d'épilepsie et d'hystérie (Presse médicale, 16 juin 1920).
- LESZINSKI. — Des principes essentiels du diagnostic et du traitement de l'épilepsie dite essentielle (Medic. Record, 20 mai 1899).
- MARCHAND. — Des accès épileptiques atypiques (Revue de psychiatrie, avril 1910).
- Epilepsie et hystérie (Presse médicale, 8 sept. 1920).
- Pouls et température dans les accès épileptiques et les attaques hystéro-épileptiques.
- MAXWELL. — L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie (Thèse Bordeaux, 1903).
- MIX (Charles-Louis). — L'hystérie, sa nature, son étiologie (The New-York medical Journal, 4 août 1900).

- MOEBIUS (P.-J.). — Ce qu'il faut entendre par hystérie (Centralbl. f. Nervenheilk., 1888).
- MOREAU. — De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie, à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie (Union médic., 1865, t. XXVI).
- MUTTERER (M.). — Notes sur un cas d'hystéro-épilepsie à crises distinctes (Arch. de neurol., mai 1902, n° 77).
- NEISSER. — Engourdissement mental et amnésie rétrograde après une chute, épilepsie et hystérie combinées (Versamml. d. deutsch. Naturforsch. und Aerzte in Salzburg, sept. 1909).
- NONNE. — Uber Hysteroepilepsie (Résumé in Jahresber., 1905).
- OLIER (H.). — De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses considérées dans les deux sexes et en particulier chez l'homme (Ann. médico-psych., 6^e série, t. VI).
- OLIVIER (M.). — Le psychisme des psycho-névrosés (travail en cours).
- OREL. — Sur les attaques hystériques apparues tardivement chez les épileptiques (Monatsch. f. Psych. und Neur., janv. 1903).
- PANSIER, RODIET et CANS. — Quelques considérations sur les troubles oculaires de l'épilepsie et de l'hystérie au point de vue médico-légal (Encéphale, 1907, n° 8).
- PARIS (A.). — Epilepsie somnambulique avec accidents cataleptiformes (Arch. de neurol., t. XVIII).
- PITRES. — De la perte de connaissance dans les attaques d'hystérie (Arch. de neurol., 1897).
- Leçons cliniques sur l'hystérie (Doin, édit., 1891).
- PITRES et GAUCKLER. — Les crises hystériques observées pendant la durée de la guerre au Centre neurologique de la XVIII^e Région (Revue médicale, juillet-août 1919).
- POLLAK (J.). — Un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme (Centralbl. f. Nervenheilk., 1888).
- RAYMOND. — Considérations générales sur l'hystérie (Bull. médical, 29 mai et 19 juin 1907).
- RAUFOLDI. — Un cas classique d'hystérie (Ann. di nev., fasc. IV-V, 1899).
- RÉGIS. — Précis de psychiatrie (Doin, édit.).
- RICHER. — Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie (De la Haye et Lecrosnier, édit. Paris, 1881).

- RICHER. — Notes et observations pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie (Arch. de neurol., 1883).
- RIMBAUD. — Diagnostic des épilepsies (Poinat, édit., 1912).
- ROSENTHAL. — Traité clinique des maladies du système nerveux (Traduction du Dr Lubanski).
- SALARIS. — Note clinique sur deux observations d'ataxie-abasie chez des sujets épileptiques (Path. nerveuse et mentale, nov. 1902, vol. VII, fasc. II).
- SARAZIN. — Un cas d'hystéro-épilepsie (Encéphale, sept. 1920).
- SAVOUREUX (Le). — Rapports des commotions de guerre et de la constitution émotive (Ann. médico-psych., n° 2, février 1921).
- SCRAFIMOFF et SOUKHANOFF. — De l'association de l'épilepsie et de l'hystérie (Assemblée scientifique des médecins de N.-D. des Affligés pour les aliénés à St-Petersbourg, 5 février 1914).
- SELLE. — Contribution à l'étude symptomatique des affections épilepto-hystéroïdes et hystéro-épileptoïdes (Thèse Paris, 1880).
- SEFILLI et MARAGLIANO. — Contribution à l'étude de l'hystéro-épilepsie (Rivista sperim. di fren., IV, II et III, analysé par Salomon de Hambourg dans le Centralblatt für Nervenheilkunde, n° du 1^{er} mars 1879).
- SICILIANO. — Etudes récentes sur l'hystérie (Rivista critic. di clinica medica, n° 9, 1904).
- SOLLIER. — Génèse et nature de l'hystérie (Steinheil, édit. Paris, 1878).
- THOMSON (H.). — Hystéro-épilepsie simulant l'épilepsie vraie (Brit. medic. Journal, août 1897).
- VALLON et ROGUES DE FURSAC. — Hystérie mâle (Arch. neurol., 1899).
- VERRIER. — De l'automatisme ambulateur chez les hystériques (Congrès de méd. mentale de Bordeaux, 1895).
- WISLOCKI (Casimir). — Contribution à l'étude de l'épilepsie et de son traitement (Kronikabeckarska, 15 mars 1899).
-

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Rapports cliniques de l'hystérie et
de l'épilepsie,

par M. André Lallemand.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 4 juillet 1921.

Le Professeur,
VIRES.

Vu :

Montpellier, le 4 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 5 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



